



RECOMENDACIÓN No. 23/2019

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y A LA VIDA, EN AGRAVIO DE V1, EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA No 51, DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, EN GÓMEZ PALACIO, DURANGO.

Ciudad de México, a 21 de mayo de 2019

**LICENCIADO GERMÁN MARTÍNEZ CÁZARES
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO
MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

Distinguido señor Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero y 102, Apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3º, primer párrafo, 6, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV; 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente CNDH/1/2015/7368/Q, sobre el caso de V1.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales se divulguen, se omitirá su publicidad, en términos de lo establecido en los artículos 4º, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y 147 de su Reglamento Interno, 68, fracción VI, y 116, párrafos primero y segundo, de la Ley General de

Transparencia y Acceso a la Información Pública y 3, 11 fracción VI, 16 y 113 fracción I, párrafo último, de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública; dicha información se pondrá en conocimiento de la autoridad recomendada a través de un listado adjunto en que se describe el significado de las claves utilizadas, con el deber de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

3. Para una mejor comprensión del presente documento, las claves, denominaciones y abreviaturas utilizadas son los siguientes:

Denominación	Claves
Víctima	V
Quejoso	Q
Autoridad responsable	AR

4. En la presente Recomendación, la referencia a diversas instituciones y normas oficiales mexicanas se hará con acrónimos o abreviaturas a efecto de facilitar la lectura y evitar su constante repetición, las que podrán identificarse como sigue:

	Claves
Hospital General No. 51, del IMSS en Gómez Palacio, Estado de Durango.	Hospital General 51
Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Especialidades No. 71 en Torreón, Coahuila.	Unidad Médica 71
Norma Oficial Mexicana 006-SSA3-2011, <i>“Para la práctica de la anestesiología”</i> .	NOM-006-SSA3-2011
Norma Oficial Mexicana 004-SSA3-2012, <i>“Del Expediente Clínico”</i> .	NOM-004-SSA3-2012

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica del IMSS.	Reglamento de la Ley General de Salud
Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS.	Reglamento de Prestaciones Médicas

I. HECHOS.

5. El 4 de febrero de 2015, V1, **SEXO** de entonces **edad** años de edad, acudió a la Unidad de Medicina Familiar No. 43 del IMSS, por presentar **[REDACTED]** de un mes de evolución, con manejo farmacológico en institución particular y ultrasonido pélvico que mostró **[REDACTED]** " **[REDACTED]** en el **[REDACTED]**, motivo por el cual se le refirió al segundo nivel de atención.

6. El 16 de febrero de 2015, V1 fue valorada por AR1, ginecóloga del Hospital General 51, quien la reportó con **[REDACTED]** " y el ultrasonido mostró una imagen anormal, por lo que el 4 de junio del mismo año, se le practicó un **[REDACTED]** raspado de la **[REDACTED]**), con toma de biopsia con hallazgo **[REDACTED]** cm irregular **[REDACTED]**rior, **[REDACTED]** ".

7. El 7 de agosto de 2015, AR1 encontró a V1 con persistencia de sangrado **[REDACTED]** y el estudio de la biopsia mostró alteraciones en el **[REDACTED]** **[REDACTED]**), por lo que la programó para cirugía.

8. El 3 de septiembre de 2015, a V1 se le realizó una **[REDACTED]** total abdominal (extirpación del **[REDACTED]**). En dicha cirugía, a pesar de que AR4 reportó a V1 con **[REDACTED]** de la **[REDACTED]** acompañada de **[REDACTED]** ", ingresó al quirófano y se realizó el proceso anestésico, presentando disminución del oxígeno, motivo por el cual se le intubó; posteriormente presentó

“ [REDACTED] /” ([REDACTED]), lo que originó que V1 presentara un [REDACTED], logrando revertirlo después de cinco minutos, lo que condicionó el [REDACTED] [REDACTED])¹, que la dejó en estado vegetativo persistente.

9. El 4 de septiembre de 2015, V1 ingresó a la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos en la Unidad Médica 71, donde se le brindó atención médica adecuada por los servicios de cuidados intensivos y neurología para las complicaciones que presentó, sin cambios neurológicos por las secuelas de la encefalopatía anoxo isquémica que derivó a un estado vegetativo persistente y estatus epiléptico secundario, con pronóstico negativo para la vida; egresó del referido nosocomio el 25 de septiembre de ese año, con adiestramiento a los familiares para su cuidado.

10. El 11 de septiembre de 2015, V2 presentó escrito de queja en este Organismo Nacional, la cual se radicó bajo el expediente CNDH/1/2015/7368/Q. A fin de documentar las violaciones a derechos humanos se obtuvieron los informes y expedientes clínicos que remitió el IMSS, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de observaciones de esta Recomendación.

11. Derivado de las complicaciones generadas por el estado vegetativo en el que permaneció V1, lamentablemente falleció a las [REDACTED] horas del 6 de junio de 2016, teniendo como causas del deceso [REDACTED], [REDACTED] y [REDACTED] [REDACTED].”

¹ Mellado Patricio y Sandoval Patricio, [REDACTED], Cuadernos de Neurología, Vol XXVI, 2002, señala que es el síndrome producido por la disminución del aporte de [REDACTED] o la reducción mantenida del flujo [REDACTED].

II. EVIDENCIAS.

12. Escrito de queja de Q, recibido en este Organismo Nacional el 11 de septiembre de 2015, en el que relató la inadecuada atención médica proporcionada a su cuñada V1 en el Hospital General 51, que derivó en su deceso.

13. Oficio 095217614BB1/2090 de 14 de octubre de 2015, mediante el cual el IMSS adjuntó los expedientes clínicos de V1 integrados en el Hospital General 51 y en la Unidad Médica 71, de los que destacaron las siguientes constancias:

13.1. Referencia-contrarreferencia de 4 de febrero de 2015, en el que la Unidad Médica Familiar 43, en Durango, canalizó a V1 al segundo nivel de atención con el diagnóstico "[REDACTED]".

13.2. Nota médica de ginecología de 16 de febrero de 2015, en la cual AR1 diagnosticó a V1 "[REDACTED]" y con cita en tres meses.

13.3. Autorización, Solicitud y Registro de Intervención Quirúrgica de 4 de junio de 2015, en la que se asentó que se realizó a V1 un "[REDACTED]" y toma de biopsia.

13.4. Estudio anatomopatológico de 16 de junio de 2015, efectuado en un hospital privado que determinó "[REDACTED] de [REDACTED] con reacción de [REDACTED]" (inflamación del [REDACTED]).

13.5. Nota médica de ginecología de 7 de agosto de 2015, en la que AR1 programó a V1 para una cirugía de [REDACTED] total abdominal [REDACTED]).

13.6. Valoración preanestésica de 31 de agosto de 2015, en la cual AR2 registró los antecedentes personales patológicos de V1, y sugirió anestesia regional.

13.7. Nota de evolución de ginecología de 3 de septiembre de 2015, en la cual se reportó a V1 con una hemorragia [REDACTED] anormal.

13.8. Nota de indicaciones de las 07:30 horas de 3 de septiembre de 2015, en la cual AR3 señaló algunas indicaciones previas a la cirugía de V1.

13.9. Nota de evolución "GyO" (Ginecología y Obstetricia) de las 14:00 horas de 3 de septiembre de 2015, en la que AR4 anotó que V1 presentaba tensión arterial [REDACTED] y [REDACTED] d.

13.10. Hoja de Registro de Enfermería de traslado de Paciente a Cirugía Ambulatoria de 3 de septiembre de 2015, en la que se asentó que la cirugía de V1 inició a las 18:10 horas, nota ilegible.

13.11. Nota médica de anestesiología de las 20:05 horas de 3 de septiembre de 2015, en la cual se advirtió que AR5 revirtió cinco minutos después el paro cardiorrespiratorio que presentó V1, que le ocasionó [REDACTED] que derivó en un estado vegetativo persistente.

13.12. Autorización, Solicitud y Registro de Intervención Quirúrgica de 3 de septiembre de 2015, en la que se anotó el diagnóstico de V1 *"postoperada [REDACTED] y estado post [REDACTED]"*.

13.13. Nota de evolución de medicina interna de las 21:00 horas de 3 de septiembre de 2015, en la cual se reportó a V1 sin recuperación del estado neurológico.

13.14. Nota de ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos de la Unidad Médica 71, de 4 de septiembre de 2015, en la que se reportó como grave el estado de salud de V1.

13.15. Nota de evolución y actualización del cuadro clínico de V1, de 18 de septiembre de 2015, en la que se asentaron las diversas especialidades que le brindaron atención médica, su egreso de la Unidad Médica 71 previa información y adiestramiento para sus cuidados a los familiares.

14. Informes sin fecha de AR2, AR3, AR4 y AR5, personal médico del Hospital General 51 que brindó atención a V1.

15. Opinión Médica de 5 de septiembre de 2018, elaborada por personal de este Organismo Nacional sobre la atención médica inadecuada que se proporcionó a V1 en el Hospital General 51.

16. Correo electrónico de 9 de septiembre de 2016, mediante el cual V2 comunicó a este Organismo Nacional que el 6 de junio de ese año, falleció su esposa V1, quien estuvo postrada en cama, lo que le ocasionó deterioro físico y adjuntó el documento siguiente:

16.1. Copia del acta de defunción de V1, de 6 de junio de 2016, en la que se estableció como hora de su fallecimiento las narración hechos horas y se señaló como causas de muerte: [REDACTED] y [REDACTED] [REDACTED]”.

17. Correo electrónico de 12 de septiembre de 2018, mediante el cual el IMSS remitió a esta Comisión Nacional la resolución de 20 de febrero de 2017, en la que el Consejo Consultivo de esa Institución, en la Delegación de Durango, el 13 de octubre de 2015 determinó la queja de V2 como improcedente.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

18. El 11 de septiembre de 2015, Q presentó escrito de queja en esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, por la inadecuada atención médica brindada a V1 que derivó en su fallecimiento.

19. El 20 de abril de 2017, el IMSS comunicó a esta Comisión Nacional, que V2 presentó queja ante el Consejo Consultivo de esa Institución en la Delegación de Durango, y solicitó indemnización, la cual el 13 de octubre de 2015 se determinó improcedente por no existir responsabilidad civil.

20. Al momento que se emite la presente Recomendación, V2 no ha denunciado los hechos ante la autoridad ministerial.

IV. OBSERVACIONES.

21. Del análisis lógico jurídico de los hechos y evidencias que integran el expediente CNDH/1/2015/7368/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con un enfoque lógico-jurídico de máxima protección de las víctimas, a la luz de los estándares nacionales e internacionales en materia de derechos humanos, de los precedentes emitidos por este Organismo Nacional, así como de criterios jurisprudenciales aplicables, tanto de la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN), como de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Cridh), se contó con evidencias que acreditan las siguientes violaciones a los derechos humanos atribuibles a personal médico del Hospital General 51 en agravio de V1:

21.1. A la protección de la salud.

21.2. A la vida.

21.3. Al acceso a la información en materia de salud.

22. Lo anterior en razón a las consideraciones expuestas en el presente apartado.

A. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD.

23. El artículo 4º, párrafo cuatro, de la Constitución Federal reconoce el derecho de toda persona a la protección de la salud.

24. Es atinente la jurisprudencia administrativa *“DERECHO A LA SALUD. SU PROTECCIÓN EN EL ARTÍCULO 271, SEGUNDO PÁRRAFO, DE LA LEY GENERAL DE SALUD. El derecho a la salud, entre varios elementos, comprende: el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo calidad como la exigencia de que sean apropiados médica y científicamente, esto es, que exista personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, y condiciones sanitarias adecuadas (...)”*.²

25. El punto 1 de la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales aprobada el 11 de mayo de 2000, lo definió como *“(...) un derecho fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. [Su] efectividad (...) se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como (...) aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos (...)”*.³

² Semanario Judicial de la Federación, abril de 2009, registro 167530.

³ *“El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”*, aprobada por la Asamblea General de la ONU el 11 de mayo de 2000.

26. Al respecto, este Organismo Nacional el 23 de abril del 2009, emitió la Recomendación General número 15 *“sobre el derecho a la protección de la salud”*, en la que se aseveró que *“(...) el desempeño de los servidores públicos de las instituciones de salud es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice, (...) la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad”*.⁴

27. En los artículos 10.1 e incisos a) y d) del 10.2, del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (*“Protocolo de San Salvador”*), se reconoce que todas las personas tienen derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, por lo cual el Estado debe adoptar medidas para garantizar este derecho, como la atención primaria de la salud al alcance de todos y prevenir las enfermedades, o en su caso, dar tratamiento.

28. El párrafo primero del artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, afirma que *“(...) toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, (...) la salud y en especial (...) la asistencia médica y los servicios sociales necesarios (...)”*.

29. La CrIDH en el *“Caso Vera Vera y otra vs Ecuador”*⁵ estableció que *“(...) los derechos a la vida y a la integridad personal se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención a la salud humana (...)”*.

⁴ CNDH. *“III. Observaciones”*, página siete.

⁵ Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de mayo de 2011, párrafo 43.

30. En el caso particular, del conjunto de evidencias que integran el expediente de queja se advirtió que AR5, médico anestesiólogo del Hospital General 51, omitió brindar a V1 la atención médica adecuada derivada de su calidad de garante conferida por las fracciones I y II del artículo 33 de la Ley General de Salud, en concordancia con el artículo 7 del Reglamento de Prestaciones Médicas IMSS, lo que se tradujo en la violación al derecho a la protección de la salud, como a continuación se analiza.

❖ Violación a la protección de la salud de V1 por inadecuada atención médica.

31. El 16 de febrero de 2015, V1 fue valorada por AR1 del servicio de ginecología del Hospital General 51, quien la reportó con "[REDACTED]", indicando como plan de manejo un tratamiento hormonal, papanicolau y cita en tres meses.

32. El 22 de mayo del mismo año, AR1 reportó a V1 con resultados de laboratorio normales, el ultrasonido mostró "[REDACTED]". *Engrosado en relación a imagen sólida*" (imagen [REDACTED]), solicitando un [REDACTED] ([REDACTED] de [REDACTED]), con toma de biopsia, procedimiento que se llevó acabo previa firma de consentimiento informado el 4 de junio del mismo año, con hallazgo "[REDACTED] 11 cm irregular cara posterior, [REDACTED]", que fue enviado a patología.

33. El 7 de agosto de 2015, AR1 encontró a V1 con persistencia de sangrado vaginal, el estudio de la biopsia mostró alteraciones estructurales en el endometrio (capa interna del útero), por lo que consideró un tratamiento quirúrgico consistente

en una [REDACTED] total abdominal [REDACTED] del [REDACTED]) y la canalizó al servicio de anestesiología.

34. El 31 de agosto de ese año, AR2, médico anesthesiologist, realizó una valoración preanestésica a V1, en la que asentó en antecedentes personales patológicos “peso 83.2 (...) riesgo [REDACTED] [riesgo bajo], técnica [REDACTED] sugerida regional”.

35. En la opinión especializada de este Organismo Nacional, se señaló que AR2 omitió solicitar interconsulta a medicina interna para su valoración preoperatoria, incumpliendo el punto 7.2.1 de la NOM-004-SSA3-2012 que establece “*En los casos en que el paciente requiera interconsulta por médico especialista, deberá quedar por escrito, tanto la solicitud, que deberá realizar el médico solicitante, como la nota de interconsulta que deberá realizar el médico especialista*”.

36. El 3 de septiembre de 2015, el servicio de ginecología reportó a V1 con diagnóstico “[REDACTED] anormal”, con tratamiento en su segundo día de estancia intrahospitalaria para la [REDACTED] de [REDACTED] [REDACTED]) por AR1; también fue valorada por AR3, quien la encontró con elevación de la presión arterial [REDACTED]), siendo tratada con [REDACTED].

37. A las 14:00 horas de la misma fecha, AR4, médico ginecobstetra, reportó a V1 con [REDACTED] de la [REDACTED] acompañada de [REDACTED]”, e indicó pasarla a quirófano.

38. En opinión de los médicos de este Organismo Nacional, AR3 y AR4 omitieron solicitar interconsulta a medicina interna y/o anestesiología ante la elevación de la

tensión arterial con la que cursaba V1, desestimando el riesgo quirúrgico al que sería sometida, por tanto, contravinieron el punto 7.2.1 de la NOM-004-SSA3-2012.

39. A las 17:20 horas de 3 de septiembre de 2015, V1 ingresó al quirófano, iniciando la cirugía a las 18:10 horas; AR5, médico anestesiólogo, omitió revalorar a la paciente para verificar sus cifras de presión arterial previas a la cirugía.

40. AR5 asentó en la nota pos-anestésica de esa fecha, que a las 20:05 V1 *“persistía la elevación de la presión arterial”*, iniciando el proceso anestésico, y posteriormente la cirugía, pero V1 presentó disminución de oxígeno, por lo que se le proporcionó ventilación con mascarilla facial, sin embargo, persistió la disminución del oxígeno, por lo que realizó intubación con dificultad, presentando **“[REDACTED]”** (**[REDACTED]** de los **[REDACTED]**), lo que originó que presentara **[REDACTED]**, logrando revertirlo después de cinco minutos, lo que provocó un daño **[REDACTED]** (**[REDACTED]**); a pesar de ello, AR1 continuó con el procedimiento quirúrgico, solicitando consulta al servicio de medicina interna.

41. Al concluir la cirugía, V1 pasó a terapia intensiva con diagnóstico **“[REDACTED]”** (**[REDACTED]** (reacción adversa a un fármaco)), sin embargo, en opinión de esta Comisión Nacional, V1 no presentó sintomatología clínica de una reacción a un medicamento.

42. En la opinión médica de este Organismo Nacional, AR5 omitió brindar manejo oportuno y adecuado a V1, en términos de los lineamientos 10.1.3.1 y 10.1.6 de la NOM-006-SSA3-2011, consistente en:

42.1. Omitir profundizar la anestesia mediante inducción farmacológica de relajantes musculares y esteroides para abrir los bronquios.

42.2. No realizó un manejo adecuado de la vía aérea mediante ventilación mecánica asistida; tan es así, que V1 presentó un paro cardiorrespiratorio.

43. Lo anterior es concordante con lo asentado por AR1 en el formato de autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica de 3 de septiembre de 2015: *“En este momento la paciente presenta [REDACTED], [REDACTED] así como [REDACTED], por lo cual se suspende procedimiento quirúrgico para abordar vía aérea”,* produciendo un reflejo [REDACTED], caracterizado [REDACTED] [REDACTED] más baja de lo normal) y finalmente un [REDACTED]

44. Los médicos de este Organismo Nacional en la opinión especializada precisaron que si bien es cierto AR5 suministró a V1 [REDACTED] para la [REDACTED], también lo es que no administró [REDACTED] ([REDACTED] o [REDACTED]) durante el [REDACTED], realizando la [REDACTED] prácticamente despierta, situación que favoreció el cierre de los [REDACTED] ([REDACTED]), además en la nota médica no se advirtió el manejo farmacológico para revertirlo, lo que condicionó el daño cerebral irreversible por la falta de oxigenación cerebral por un lapso mayor de cinco minutos, sin que V1 presentara características compatibles con [REDACTED]” como lo asentó AR1.

45. En el formato de autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica de 3 de septiembre de 2015, AR1 anotó *“complicaciones: [REDACTED]*

[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]
[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]
[REDACTED] y estado [REDACTED]
[REDACTED], toda vez que AR5 así lo indicó”.

46. Derivado de lo anterior, AR5 incumplió la NOM-006-SSA3-2011 que en el rubro de introducción señala *“La responsabilidad del médico especialista en anestesiología, implica el estudio y valoración del paciente, para indicar y proporcionar el manejo y los cuidados perianestésicos adecuados para cada situación. Es necesario considerar el cuidado perianestésico como un proceso que abarca las etapas: [REDACTED] y [REDACTED]; que requieren documentarse para identificar en cada una de éstas, la participación integral del médico anesthesiologist con el equipo multidisciplinario en la toma de decisiones para cada caso”*.

47. Este Organismo Nacional en su opinión médica especializada consideró que no fue posible establecer el momento en que V1 presentó la disminución de la frecuencia cardíaca, y en consecuencia el paro cardíaco, toda vez que no se documentó, pero sí se determinó que el manejo médico no fue oportuno, ya que [REDACTED] [REDACTED], según la literatura médica especializada vigente, es indicativa de daño [REDACTED] e [REDACTED] producida por la falta de [REDACTED] y [REDACTED] mantenida por más de cinco minutos.

48. Derivado de lo anterior, AR5 infringió lo dispuesto en el artículo 8 del Reglamento de Prestaciones Médica del IMSS que preceptúa que: *“El personal de salud (...) deberá dejar constancia en el expediente clínico y formatos de control e información institucional sobre los servicios y atenciones proporcionados a los pacientes (...)”*.

49. Sin embargo, a pesar de que V1 fue atendida en un hospital de segundo nivel, el cual contaba con el recurso y la infraestructura necesaria para toda cirugía que se realice, AR5 omitió brindar atención inmediata para revertir la complicación [REDACTED] que presentaba, lo que generó que su estado de salud evolucionara en detrimento, causándole [REDACTED] que le originó un estado [REDACTED] el cual prevaleció hasta su lamentable deceso, lo que convalidó la relación causa-efecto por la inadecuada atención médica.

50. A las 21:00 horas de esa fecha, V1 fue valorada por el servicio de medicina interna, donde la reportaron sin recuperación del estado neurológico, colocando un catéter venoso central y solicitando su envío a la unidad de cuidados intensivos, permaneciendo con ventilación mecánica asistida.

❖ Atención médica en la Unidad Médica 71 del 4 al 25 de septiembre de 2015.

51. El 4 de septiembre de 2015, V1 ingresó a la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos en la Unidad Médica 71, donde el 11 y 17 del mismo mes y año, se le realizó una traqueostomía (procedimiento quirúrgico para crear una abertura a través del cuello dentro de la tráquea para facilitar el paso de aire a los pulmones) y una [REDACTED] (permite la visualización directa de la parte alta del tubo digestivo [REDACTED] y [REDACTED]).

52. En el referido nosocomio, V1 permaneció hasta el 25 de septiembre de ese año, donde se le brindó atención médica adecuada, de forma multisistémica y multiorgánica por los servicios de cuidados intensivos y neurología, para todas y

cada una de las complicaciones que presentó durante su estancia, sin cambios neurológicos por las secuelas de la encefalopatía anoxo isquémica que derivó en un estado [REDACTED] persistente y estatus epiléptico secundario, con pronóstico negativo para la vida, y egresó del referido nosocomio con adiestramiento a los familiares para su cuidado, de ahí que, a criterio de los médicos de este Organismo Nacional, la atención brindada a V1 en dicha unidad fue adecuada.

53. Derivado de las complicaciones generadas por el estado vegetativo en que permaneció V1, falleció el 6 de junio de 2016, a las [REDACTED] ^{narración hechos} teniendo como causa de fallecimiento ‘[REDACTED] y [REDACTED]’.

54. La inadecuada atención médica descrita condicionó y favoreció el deceso de V1, como se analizará enseguida.

B. DERECHO A LA VIDA.

55. La vida como derecho fundamental se encuentra consagrado en el artículo 29, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en documentos internacionales, por lo que le corresponde al Estado a través de sus instituciones respetarlo, protegerlo, garantizarlo y promoverlo en el ejercicio de sus funciones.

56. La Suprema Corte de Justicia de la Nación ha determinado que *“El derecho a la vida impone al Estado una obligación compleja, (...) no sólo prohíbe la privación de la vida (...), también exige (...) la obligación de garantizar el pleno, libre y efectivo ejercicio de los derechos humanos, adopte medidas positivas para preservar ese derecho (...) existe transgresión al derecho a la vida por parte del*

Estado (...) cuando éste no adopta las medidas razonables y necesarias (...) tendientes a preservarla, a minimizar el riesgo de que se pierda en manos del Estado (...)⁶

(Énfasis añadido)

57. El derecho humano a la vida se encuentra reconocido en los artículos 6.1. del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 4.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos y I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre de los que se desprende el deber del Estado de respetar la vida humana a través de medidas apropiadas para proteger y preservar dicho derecho a todos aquellos que se encuentren bajo su jurisdicción.

58. La CrIDH ha establecido que “(...) es un derecho humano fundamental, (...). De no ser respetado, todos los derechos carecen de sentido. (...) comprende, no sólo el derecho (...) de no ser privado de la vida (...), sino (...) también el derecho a que no se le impida el acceso a las condiciones que le garanticen una existencia digna. Los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones (...) para que no se produzcan violaciones de ese derecho básico y, en particular, el deber de impedir que sus agentes atenten contra él (...)”⁷,

⁶ Tesis Constitucional. “Derecho a la vida. Supuestos en que se actualiza su transgresión por parte del estado”. Semanario Judicial de la Federación, enero de 2011, y registro 163169.

⁷ “Caso Niños de la Calle (Villagrán Morales y otros) vs. Guatemala”. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de noviembre de 1999. Párrafo 144

asimismo “(...) juega un papel fundamental (...) por ser el presupuesto esencial para el ejercicio de los demás derechos (...)”.⁸

59. Este Organismo Nacional ha sostenido que “*existen diversos acuerdos creados a partir del consenso de la comunidad médica internacional, (...), a pesar de no encontrarse reconocidos por el Estado como derecho vigente, son aceptados al interior del gremio clínico como referentes que regulan su actuar profesional; en ese sentido destacan la Declaración de Ginebra adoptada por la Asociación Médica Mundial en 1948 y el Código Internacional de Ética Médica adoptado por dicha asociación en 1981, como documentos rectores del ejercicio médico que prevén la obligación fundamental de los galenos para preservar la vida de sus pacientes*”.⁹

60. En el presente caso, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada a V1 por personal médico del Hospital General 51, también son el soporte que permite acreditar la violación a su derecho a la vida, como se analiza enseguida.

B.1. Violación al derecho humano a la vida de V1.

61. De las evidencias reseñadas y analizadas se advierte que el 3 de septiembre de 2015, V1 fue intervenida quirúrgicamente de una histerectomía total abdominal en el Hospital General 51, sin embargo, debido a un inadecuado procedimiento anestésico, presentó [REDACTED] que ocasionó un [REDACTED]

⁸ “Caso Familia Barrios vs. Venezuela”. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de noviembre de 2011. Párrafo 48.

⁹ CNDH. Recomendación 75/2017. Párrafo 61.

que derivó en una [REDACTED], que la dejó en estado vegetativo persistente hasta su lamentable fallecimiento.

62. Este Organismo Nacional no pasa desapercibido que aunque V1 fue referida a la Unidad Médica 71, donde le brindaron atención integral, su estado de salud fue reportado como grave por el daño [REDACTED] e irreversible que presentaba y con un pronóstico malo para la vida, además de las complicaciones que adquirió al encontrarse postrada e inmovilizada prolongadamente, lo cual favoreció y condicionó la [REDACTED] de los [REDACTED]) que padeció.

63. De acuerdo con la opinión de los médicos de este Organismo Nacional, la inadecuada atención médica que V1 recibió el 3 de septiembre de 2015 por AR5 contribuyó en la pérdida de su vida 9 meses posteriores a que fue atendida, ya que si bien es cierto, en un primer momento se le brindó atención médica acorde a su sintomatología, también lo es que al momento de su intervención quirúrgica las omisiones en que incurrió dicho profesionista ocasionaron que presentara el cierre de los [REDACTED]), por lo que, cayó en [REDACTED] que se revirtió después de cinco minutos que le ocasionó [REDACTED] e [REDACTED] por la falta total de oxigenación al encéfalo, que le generó un estado vegetativo que prevaleció hasta su desafortunado deceso, lo cual evidenció la relación causal que se menciona.

64. AR5 incumplió el artículo 48 del Reglamento de la Ley General de Salud que dispone: *“Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable (...)”* en concordancia con la fracción II del ordinal 8 del mismo ordenamiento que determina las actividades de atención médica: *“CURATIVAS:*

Que tienen por objeto efectuar un diagnóstico temprano de los problemas clínicos y establecer un tratamiento oportuno para resolución de los mismos (...)”.

65. Igualmente infringió lo dispuesto en los ordinales 7 y 43 del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS que puntualiza *“Los médicos del Instituto serán directa e individualmente responsables ante éste de los diagnósticos y tratamientos de los pacientes que atiendan en su jornada de labores”, “El personal de salud deberá, en todo momento (...) procurando un ejercicio clínico apegado a altos estándares de calidad, acordes al conocimiento científico vigente (...)”,* en concordancia con el ordinal 9 del Reglamento de la Ley General de Salud que señala: *“(...) La atención médica deberá llevarse (...) de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica (...)”*.

66. AR5 incumplió el *“Código de conducta para el personal de Salud 2002”*¹⁰, que en el rubro de *“Estándares de trato profesional”* establece en los puntos 2 y 3 lo siguientes: *“Aplicará el conocimiento científico, técnico y humanístico vigente y comúnmente aceptado en la atención de la salud en la forma debida oportuna y experta”, “Se apegará a las indicaciones precisas y rigurosas de los procedimientos auxiliares de diagnóstico y tratamiento, descontando la práctica de aquellos cuya utilidad sea debatible o ponga en riesgo innecesario a los pacientes”*.

¹⁰ Emitido en octubre con la participación de la Secretaría de Salud, la Subsecretaría de Innovación y Calidad, la Comisión Nacional de Bioética, el Instituto Mexicano del Seguro Social, El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado, la Coordinación General de los Institutos Nacionales de Salud y la Dirección de Vinculación con Gobierno y Sociedad de la SECODAM.

67. Las irregularidades descritas y analizadas acreditaron la inadecuada atención médica por parte de AR5, médico anestesiólogo del Hospital General 51, al omitir brindar a V1, manejo adecuado y oportuno a la broncoespasmo, bradicardia y paro cardíaco que presentó durante el evento quirúrgico de histerectomía total abdominal, que derivó en [REDACTED], que provocó un daño [REDACTED] irreversible que condicionó el estado vegetativo persistente hasta su desafortunado fallecimiento.

68. Una de las finalidades del derecho a la protección de la salud, reconocido en el artículo 4º, párrafo cuarto constitucional, es que el Estado satisfaga eficaz y oportunamente sus necesidades para proteger, promover y restablecer su salud. En el presente caso, AR5, médico anestesiólogo del Hospital General 51 debió considerar el estado integral de V1, puesto que no le brindó el manejo adecuado durante el procedimiento quirúrgico a que fue sometida, al no suministrarle los medicamentos para profundizar la anestesia, que produjo un [REDACTED] (respuesta automática e involuntaria que realiza la persona ante un estímulo) caracterizado por [REDACTED] y [REDACTED], que derivó en un paro cardíaco que condicionó el daño cerebral que presentó, lo que contribuyó a la evolución de la enfermedad y a su deceso.

69. De lo expuesto, se concluye que AR5 vulneró los derechos a la protección de la salud y a la vida de V1 previstos en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, 4, párrafo cuarto constitucionales; 1º, 2º, fracciones I, II y V; 3º fracción II, 23, 27, fracciones III y X; 32, 33 fracción I y II, 51 párrafo primero y 77 bis 37 de la Ley General de Salud, 8, fracciones I y II, 9 y 48, del Reglamento de la Ley General de Salud; 1, 7, 8, 43 del Reglamento de Prestaciones Médicas y el contenido de la norma oficial mexicana NOM-004-SSA3-2012 y NOM-006-SSA3-

2011, así como 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, que en términos generales disponen que toda persona tiene derecho a la protección de la salud y a la vida, al no brindarle la atención oportuna y adecuada a la broncoaspiración durante el procedimiento quirúrgico derivó en [REDACTED], lo que ocasionó un estado vegetativo. Privándola de un buen pronóstico de vida.

C. DERECHO HUMANO DE ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD.

70. El artículo 6, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece el derecho de las personas al libre acceso a información.

71. Este Organismo Nacional en la Recomendación General 29/2017¹¹, párrafo 27, considera que *“(...) los derechos a la protección de la salud y el derecho a la información, por virtud del principio de interdependencia son mutuamente vinculables para su realización y de la garantía de estos se supedita la debida integración del expediente clínico.”*

72. El Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales de la ONU ha sostenido en materia de salud, el derecho de acceso a la información *“comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no*

¹¹ CNDH. “Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”, 31 de enero de 2017.

debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad”¹².

73. La Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 establece que *“el expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, (...) integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos (...), mediante los cuales se hace constar (...) las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de (...) datos acerca del bienestar físico, mental y social (...)”¹³.*

74. Este Organismo Nacional en la precitada Recomendación General 29/2017, ha sostenido que el derecho de acceso a la información en materia de salud contenida en el expediente clínico, tiene como finalidad que los usuarios de servicios médicos puedan solicitar, recibir y conocer datos relacionados con sus antecedentes personales, historial médico, diagnóstico, opiniones, comunicaciones del personal de salud, resultados e interpretación de exámenes y estudios que se les practiquen y en su caso, el tratamiento respecto a la atención médica que se le brinda¹⁴.

¹² Observación General 14 *“El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”* (Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). Aprobada por la Asamblea General de la ONU, el 11 de mayo de 2000, párr. 12, inciso b, fracción IV.

¹³ Introducción, p. dos.

¹⁴ CNDH. *Párrafo 33 y Recomendación 33/2016 p.104.*

75. También se ha establecido que el derecho a la información en materia de salud comprende: 1) el acceso para recibir todo tipo de información relacionada con la atención de la salud, 2) la protección de los datos personales, y 3) la información debe cumplir con los principios de: a. Accesibilidad: que se encuentre disponible para el paciente; b. Confiabilidad: que se sustente en criterios, prácticas, estudios y análisis realizados por una institución profesional y especializada en la disciplina médica; c. Verificabilidad: que se pueda corroborar con la institución médica tratante; d. Veracidad: que permita conocer la verdad sobre la atención otorgada al paciente y e. Oportunidad: mediante datos actualizados sobre el estado de salud de la persona.¹⁵

76. En este sentido, se analizarán las irregularidades de las constancias médicas que conforman el expediente clínico de V1, que fueron advertidas por este Organismo Nacional con motivo de la queja de Q.

D1. Inadecuada integración del expediente clínico.

77. De las evidencias que se allegó esta Comisión Nacional se advirtió en la nota médicas de 16 de febrero de 2015, que AR1 omitió realizar una adecuada historia clínica que incluyera un interrogatorio y exploración física, con lo que contravino los puntos los puntos 6.1, 6.1.1 y 6.1.2 de la NOM-004-SSA3-2012.

78. En las notas médicas de 31 de agosto y de las 14:00 horas del 3 de septiembre de 2015, AR2 y AR4, respectivamente omitieron asentar su nombre completo, cargo, rango, matrícula y/o cédula profesional, por lo que dichos

¹⁵ CNDH. Recomendación General 29/2017 p. 34 y 33/2016 p. 105, entre otros.

profesionistas infringieron los lineamientos del punto 5.9 de la NOM-004-SSA3-2012 que establece *“Todas las notas en el expediente clínico deberán contener (...) nombre completo de quien la elabora, así como la firma autógrafa”*.

79. En la nota médica de 31 de agosto de 2015, AR1 omitió solicitar a V1 interconsulta a medicina interna para valoración preoperatoria; mientras que AR3 y AR4 no solicitaron valoración por los servicios de medicina interna y anestesiología ante la elevación de la tensión arterial que cursaba V1, como se advirtió de la nota médica de las 14:00 horas de 3 de septiembre del mismo año. Finalmente, AR5 omitió requerir valoración de medicina interna y verificar las condiciones previas a la cirugía de V1, quien presentaba hipertensión, como se advirtió de la nota médica y prescripción de las 20:05 de 3 de septiembre de 2015, por tanto, transgredieron el punto 7.2.1 de la NOM-004-SSA3-2012, que establece: *“(...) En los casos en que el paciente requiera interconsulta por médico especialista deberá quedar por escrito, tanto la solicitud, la cual realizará el médico solicitante (...)”*.

80. Además, AR5 no requisitó adecuadamente el formato de anestesia, donde se requiere horario específico de ingreso a la sala, inicio de anestesia, de cirugía y complicaciones presentadas de 3 de septiembre de 2015, por tanto, incumplió los puntos 4.4, de la referida norma oficial mexicana que puntualiza *“El personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables”*.

81. Lo anterior, relacionado con los lineamientos 8.9 y 11.1. 2 de la NOM-006-SSA3-2011 que señala *“Registrar el proceso anestésico en las hojas*

correspondientes e incorporarlas en el expediente clínico de paciente” y “hora de inicio (...)”.

82. Las irregularidades descritas en la integración de los expedientes clínicos, en este caso de V1, constituye una constante preocupación para esta Comisión Nacional, ya que representa un obstáculo para conocer los antecedentes médicos de los pacientes y su historial clínico detallado para su tratamiento, a fin de deslindar las responsabilidades que correspondan, vulnerándose también el derecho que tienen las víctimas y sus familiares a que se conozca la verdad respecto de la atención médica que se le proporcionó en las instituciones públicas de salud, las cuales son solidariamente responsables de su cumplimiento.¹⁶

83. La inobservancia de la NOM-004-SSA3-2012, ha sido objeto de múltiples pronunciamientos en materia de salud por este Organismo Nacional en diversas Recomendaciones, en las que se señalaron las omisiones en las que ha incurrido el personal médico cuando las notas médicas se encuentran incompletas, son breves e ilegibles y presentan abreviaturas, no obstante que esos documentos están orientados a dejar constancia de los antecedentes de los usuarios de los servicios médicos.¹⁷

84. No obstante tales Recomendaciones, algunos médicos persisten en no dar cumplimiento a la Norma Oficial Mexicana *“Del expediente clínico”*, la cual es de observancia obligatoria para brindar una atención oportuna, responsable y eficiente a los usuarios, que se traduce en el respeto al derecho a la protección de

¹⁶ CNDH. Recomendaciones 1/2019 p145, 71/2018 p 243 y 33/2016 p110, entre otros.

¹⁷ CNDH. Recomendaciones 1/2019 p146 y 71/2018 p.244.

la salud. Asimismo, las instituciones de salud son solidariamente responsables del incumplimiento de la citada norma, de manera que, como parte de la prevención, a la que la autoridad responsable está obligada, debe tomar medidas para que la norma oficial mexicana respectiva se cumpla en sus términos.¹⁸

85. En la sentencia del “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”¹⁹, la Corte Interamericana de Derechos Humanos, se sostuvo que: *“(...) es evidente la relevancia del expediente médico, adecuadamente integrado, como instrumento guía para el tratamiento médico y fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades. La falta de expediente o la deficiente integración de éste, así como la ausencia de normas que regulen esta materia al amparo de normas éticas y reglas de buena práctica, constituyen omisiones que deben ser analizadas y valoradas, en atención a sus consecuencias, para establecer la posible existencia de responsabilidades de diversa naturaleza.”*

E. RESPONSABILIDAD.

86. Como ha quedado acreditado en la presente Recomendación, AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 incurrieron en responsabilidad en el desempeño de sus funciones, de acuerdo a las irregularidades en la integración del expediente clínico de V1, así como AR5 en la violación al derecho a la protección a la salud por inadecuada atención médica en agravio de V1 que derivó en la pérdida de la vida.

¹⁸ CNDH. Recomendaciones 1/2019 p.147 y 71/2018 p.245.

¹⁹ CrIDH. Sentencia de 22 de noviembre de 2007 (Fondo, Reparaciones y Costas), párr. 68.

87. Por tanto, AR5 inobservó los lineamientos de la NOM-006-SSA3-2011, cuyo rubro de introducción estatuye que: *“La responsabilidad del médico especialista en anestesiología, implica el estudio y valoración del paciente, para indicar y proporcionar el manejo y los cuidados perianestésicos adecuados para cada situación. Es necesario considerar el cuidado perianestésico como un proceso que abarca las etapas: pre, trans y postanestésica (...)”*, concatenado con el diverso 7 del Reglamento de Prestaciones Médicas que puntualiza *“Los médicos del Instituto serán directamente e individualmente responsables ante éste de los diagnósticos y tratamientos de los pacientes que atiendan en su jornada de labores”*.

88. Este Organismo Nacional considera que las acciones u omisiones atribuidas a AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 evidencian responsabilidad que deberá ser determinadas por la autoridad correspondiente de conformidad con lo previsto en el artículo 8, fracciones I y XXIV, de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, vigente al momento de los hechos, y artículos 303 y 303 A) de la Ley del Seguro Social, que prevén la obligación que tienen de cumplir con el servicio encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause su suspensión o deficiencia, o implique el incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público. Así, aunque la labor médica no garantiza la curación del enfermo, también lo es que el empleo de técnicas adecuadas conforme al estado actual de la ciencia médica y las circunstancias concurrentes en cada caso, contribuyen al mejoramiento de las condiciones de la paciente, lo que en el caso concreto no aconteció.

89. En consecuencia, con fundamento en los artículos 1, párrafo tercero y 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6°, fracción III; 71, párrafo segundo; 72, párrafo segundo, y 73, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, este Organismo Nacional en ejercicio de sus atribuciones presentará:

89.1. Queja ante el Órgano Interno de Control en el IMSS en contra de AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 para que se inicie e integre el procedimiento de investigación que en derecho corresponda.

89.2. Denuncia ante el agente del Ministerio Público de la Federación en contra de AR5, para que se inicie la carpeta de investigación correspondiente por los hechos que derivaron en las violaciones a los derechos humanos acreditados en el presente caso, con el objeto de que se determine su responsabilidad penal.

90. Las irregularidades descritas repercutieron en el deterioro de la salud de V1 que impidieron garantizar con efectividad su derecho a la protección a la salud, y trascendieron a la pérdida de la vida.

E. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO.

91. Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional e institucional, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente y otra es el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1, párrafo tercero, 108 y 109 de la

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 44, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 65 inciso c) de la Ley General de Víctimas, que prevén la posibilidad de que, al acreditarse una violación a los derechos humanos, atribuible a personas servidoras públicas del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan, para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieran ocasionado, para lo cual el Estado debe investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos establecidos en la ley.

92. Para tal efecto, en términos de los artículos 1, párrafos tercero y cuarto, 2, fracción I, 7, fracciones I, III y VI, 26, 27, fracciones I, II, III, IV y V, 62, fracción I, 64, fracciones I, II y VII, 65 inciso c), 74, fracción VI, 75 fracción IV, 88, fracción II y XXIII, 96, 97, fracción I, 106, 110, fracción IV, 111, fracción I, 112, 126, fracción VIII, 130 y 131 de la Ley General de Víctimas, y 38 a 41 (Compensación a víctimas de violación a derechos humanos cometidas por autoridades federales) y demás aplicables del *“Acuerdo del Pleno por el que se emiten los Lineamientos para el funcionamiento del Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral”* de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 15 de enero de 2015 y el *“Acuerdo por el que se reforman diversas disposiciones del Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos para el funcionamiento del Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral”*, publicado también en el Diario Oficial de la Federación del 4 de mayo de 2016, al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud por inadecuada atención médica de V1 y a su vida, se deberá inscribir a V1 y V2 en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, a fin de que, V2 y demás familiares que conforme a derecho corresponda tengan

acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral; para ello, este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión Ejecutiva.

93. En los artículos 18, 19, 20, 21, 22 y 23 de los *“Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del Derecho Internacional Humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones”*, y en diversos criterios de la CrIDH, se considera que para garantizar a las víctimas la reparación integral, proporcional a la gravedad de la violación y las circunstancias de cada caso, es necesario cumplir los principios de restitución, indemnización, rehabilitación, compensación, satisfacción, garantías de no repetición, obligación de investigar los hechos, así como identificar, localizar, detener, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.

94. En el *“Caso Espinoza González vs. Perú”*, la Corte Interamericana de Derechos Humanos enunció que: *“(...) toda violación de una obligación internacional que haya producido daño comporta el deber de repararlo adecuadamente y que la disposición recoge una norma consuetudinaria que constituye uno de los principios fundamentales del Derecho Internacional contemporáneo sobre responsabilidad de un Estado”*, además precisó que *“(...) las reparaciones deben tener un nexo causal con los hechos del caso, las violaciones declaradas, los daños acreditados, así como las medidas solicitadas para reparar los daños respectivos”*²⁰.

²⁰ CrIDH. Sentencia de 20 de noviembre de 2014. Excepciones, Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, párrafos 300 y 301.

95. Sobre el “*deber de prevención*” la CrIDH, sostuvo que:“(…) el derecho a la salud es un derecho autónomo protegido por el artículo 26 de la Convención Americana (…) este derecho en situaciones de urgencia exige a los Estados velar por una adecuada regulación de los servicios de salud, brindando los servicios necesarios de conformidad con los elementos de disponibilidad, accesibilidad, calidad y aceptabilidad, en condiciones de igualdad y sin discriminación, pero también brindando medidas positivas respecto de grupos en situación de vulnerabilidad (…)a fin de que se impute la responsabilidad del Estado por muertes médicas es necesario que se acredite la negación de un servicio esencial o tratamiento pese a la previsibilidad del riesgo que enfrenta el paciente, o bien una negligencia médica grave, y que se corrobore un nexo causal entre la acción y el daño. Cuando se trata de una omisión se debe verificar la probabilidad de que la conducta omitida hubiese interrumpido el proceso causal que desembocó en el resultado dañoso; v) la falta de atención médica adecuada puede conllevar la vulneración de la integridad personal (...)”²¹.

96. En el presente caso, los hechos descritos constituyen una transgresión a los derechos humanos de V1, que se tradujo en su inadecuada atención médica que derivó en la pérdida de la vida, por lo que esta Comisión Nacional considera procedente la reparación de los daños ocasionados en los términos siguientes:

i. Rehabilitación.

97. De conformidad con la Ley General de Víctimas, se deberá brindar a V2 y demás familiares que conforme a derecho corresponda, la atención psicológica y

²¹ CrIDH. “Caso *Poblete Vilches y Otros vs. Chile*” Sentencia del 8 de marzo de 2018, Fondo, Reparaciones y Costas, párrafo 174.

tanatológica que requieran, la cual deberá ser proporcionada por personal profesional especializado, y prestarse de forma continua hasta que alcancen su sanación física, psíquica y emocional por la afectación a la salud de V1 que derivó en su fallecimiento.

98. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para las víctimas indirectas, con su consentimiento, brindando información previa clara y suficiente. Los tratamientos deben ser provistos por el tiempo que sea necesario y deben incluir la provisión de medicamentos.

ii. Satisfacción.

99. En el presente caso, la satisfacción comprende que las autoridades colaboren ampliamente con este Organismo Nacional en la queja administrativa y la denuncia que se presenten ante las instancias competentes y se dé cabal cumplimiento a sus determinaciones y requerimientos.

100. Se deberán incorporar copias de la presente Recomendación en los expedientes laborales de los servidores públicos involucrados, aun cuando ya no laboren en el IMSS.

iii. Medidas de no repetición.

101. Éstas consisten en implementar las medidas que sean necesarias a fin de evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos y contribuir a su prevención, por ello, el Estado debe adoptar todas las medidas legales, administrativas y de otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de

las víctimas, además es necesario que las autoridades del IMSS implementen en el término de tres meses después de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, la debida observancia y el contenido de las normas oficiales mexicanas mencionadas en la presente Recomendación, con especial énfasis en los estándares desarrollados por esta Comisión Nacional en la Recomendación General 29 *“sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”*, emitida el 31 de enero de 2017, a todo el personal médico del Hospital General 51 en Durango, el cual deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los que dieron origen a la presente Recomendación, y deberá impartirse por personal calificado.

102. El curso deberá estar disponible de forma electrónica y en línea para que pueda ser consultado con facilidad.

103. En el término de un mes a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular en la que se instruya a los servidores públicos del Hospital General 51 a fin de que adopten medidas efectivas de prevención que permitan garantizar que los expedientes clínicos que se generen con motivo de la atención médica que brindan, se encuentren debidamente integrados, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional, y en las normas oficiales mexicanas correspondientes.

104. Emitir una circular en el término de un mes a partir de la aceptación de la presente Recomendación dirigida al personal médico del Hospital General 51, en la que se les exhorte entregar copia de la certificación y recertificación ante los Consejos de Especialidades Médicas cuando así proceda, para brindar un servicio

médico adecuado y profesional, así como para atender con diligencia casos similares al que nos ocupa.

105. Lo anterior de conformidad en lo previsto por el *“Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos a que se sujetarán el Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas y los Consejos de Especialidades Médicas a los que se refiere el artículo 81 de la Ley General de Salud, para la aplicación de lo dispuesto por el numeral 272 Bis y el Título Cuarto de dicha ley”*²², en el que se especifican los trámites para allegarse de la referida certificación.

iv. Compensación.

106. La compensación consiste en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. Por ello, el IMSS en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas deberá valorar el monto para que se otorgue una compensación a V2 y demás familiares que conforme a derecho corresponda por el fallecimiento de V1, de conformidad con las consideraciones expuestas, para lo cual esta Comisión Nacional remitirá copia de la presente Recomendación para que, en el ejercicio de sus atribuciones, proceda conforme a Derecho.

En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formular respetuosamente a usted, señor Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social, las siguientes:

²²

Secretaría de Salud, Diario Oficial de la Federación el 25 de marzo de 2015.

V. RECOMENDACIONES.

PRIMERA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, conforme a los hechos y responsabilidad que le son atribuidos en la presente Recomendación, se brinde la reparación integral del daño a V2 y demás familiares que conforme a derecho corresponda, con motivo del deceso de V1, de conformidad con lo dispuesto en la Ley General de Víctimas, la que deberá incluir una compensación, atención psicológica y tanatológica con base en las consideraciones planteadas, además se les inscriba en el Registro Nacional de Víctimas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Se colabore en la integración de la carpeta de investigación con motivo de la denuncia de hechos que este Organismo Nacional formulará ante el Agente del Ministerio Público de la Federación en contra de AR5, y quien resulte responsable remita a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten dicha colaboración.

TERCERA. Se colabore con esta Comisión Nacional en la presentación y seguimiento de la queja que se presente ante el Órgano Interno de Control en el Instituto Mexicano del Seguro Social, en contra de AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, y se envíen a este Organismo Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

CUARTA. Anexar copia de la presente Recomendación, en el expediente laboral de AR5, y enviar a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

QUINTA. En el término de un mes a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular en la que se instruya a los servidores públicos del Hospital General 51 a fin adopten medidas efectivas de prevención que permitan garantizar que los expedientes clínicos que se generen con motivo de la atención médica que brindan, se encuentren debidamente integrados, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional, y en las normas oficiales mexicanas correspondientes, hecho lo cual se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEXTA. Se giren las instrucciones respectivas para que en el término de un mes a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se emitirá una Circular al personal médico del Hospital General 51, en la que se exhorte, cuando así proceda, a someterse al proceso de certificación y recertificación ante los Consejos de Especialidades Médicas para brindar un servicio médico adecuado y profesional, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SÉPTIMA. Diseñar e impartir en el término de tres meses a partir de la aceptación de la presente Recomendación un curso integral al personal médico del Hospital General 51 del Instituto Mexicano del Seguro Social, con especial énfasis en la Recomendación General 29, sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos; de conocimiento, manejo y observancia de la Normas Oficiales Mexicas señaladas en la presente Recomendación. De igual forma, el contenido del curso deberá estar disponible de forma electrónica y en línea, a fin de que pueda ser consultado con facilidad, y se remita a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

OCTAVA. Designar a una persona servidora pública de alto nivel de decisión que fungirá como enlace con esta Comisión Nacional, para dar seguimiento al cumplimiento de la presente Recomendación, y en caso de ser sustituido, deberá notificarse oportunamente a este Organismo Nacional.

107. La presente Recomendación, de acuerdo con el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tiene el carácter de pública y se emite con el propósito fundamental de hacer una declaración respecto de las conductas irregulares cometidas por las personas servidoras públicas en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley como de obtener, en términos del artículo 1º, párrafo tercero, constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas u otras autoridades competentes para que conforme a sus atribuciones, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

108. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, solicito a usted que la respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación, en su caso, se informe dentro del término de quince días hábiles siguientes a su notificación. De no hacerlo así, concluido el plazo, dará lugar a que se interprete que no fue aceptada.

109. Con el mismo fundamento jurídico, le solicito, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la Recomendación se envíen a esta Comisión Nacional, dentro de un término de quince días hábiles siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre su aceptación.

110. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o personas servidoras públicas, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos quedará en libertad de hacer pública, precisamente, esa circunstancia y, con fundamento en los artículos 102, apartado B, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 15, fracción X y 46 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, podrá solicitar al Senado de la República o en sus recesos a la Comisión Permanente de esa Soberanía, así como a las Legislaturas de las entidades federativas que requieran su comparecencia, a efecto de que expliquen el motivo de su negativa.

EL PRESIDENTE

MTRO. LUIS RAÚL GONZÁLEZ PÉREZ